FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

Camille CLOS

LA

Grippe à Forme Ganglionnaire

DES ENFANTS

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges { MM. G. BALLET, *professeur*
MÉRY, *agrégé*
CARNOT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin aux Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

C'est pour nous une satisfaction, plutôt qu'un devoir, que d'inscrire au début de cette modeste étude le nom de ceux de nos maîtres auxquels nous sommes particulièrement reconnaissant des encouragements et des conseils qu'ils nous ont prodigués.

A nos professeurs de la Faculté de Toulouse nous adressons un souvenir ému pour avoir guidé avec dévouement nos premiers efforts dans l'initiation de la médecine.

Nous avons suivi l'enseignement de M. le professeur Reclus et de M. le professeur Budin. En même temps qu'ils nous firent connaître en de magistrales leçons les principes de la chirurgie et de l'obstétrique, ils nous apprirent le dévouement à la souffrance et surent nous inspirer le sentiment du caractère utile et noble de notre profession.

M. le Dr Comby contribua à notre éducation médicale dans la branche si délicate des maladies de l'enfance. Nous lui devons une reconnaissance toute spéciale pour avoir inspiré le sujet de cette étude.

Nous le prions de recevoir ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

La Grippe à Forme Ganglionnaire

CHEZ LES ENFANTS

CHAPITRE I

Historique. — Etiologie.

La grippe, ou influenza, a reçu des dénominations multiples : *Cattarrhus febrilis*, *synochus catarrhalis*, *petit courrier*, *cocotte*, *etc.*

Hirsh fait remonter à 473 la première épidémie. Le *Compendium* la signale en 876. Depuis, c'est plusieurs fois pendant le cours de chaque siècle que la grippe exerce ses ravages, dépeuplant plusieurs pays, comme en 1580 où neuf mille personnes périrent de la maladie. La grande épidémie de 1889-1890 ne présenta aucun caractère qui l'ait différenciée des précédentes. Mais nous lui devons la notion des complications de la grippe et de sa contagiosité. Pfeiffer découvre, en 1892, le bacille qui porte son nom.

La proportion des enfants atteints par l'épidémie est variable suivant les époques ; d'une façon générale, on peut dire qu'elle a toujours été considérable. En 1889, à Londres, à la *King's Edward's school for girls*, sur 240 fillettes de 11 à 16 ans, 175 furent frappées ; dans une circonscription d'école communale à Paris, sur 1292 élèves 672 sont malades. Soit une proportion de 75 o/o dans le premier établissement, de 52 o/o dans le deuxième ; à l'école enfantine de la Ferté-Alais 66 o/o des enfants payèrent leur tribut à la maladie.

Au cours de certaines épidémies les enfants sont plus spécialement frappés (Freismuger d'Oyonnax 1888-1889 ; Perrenot à Hyères : 1892-1893). Aucun âge n'est à l'abri de la grippe. La mort du fœtus *in utero* a été signalée par Chambrelent; l'enfant peut naître malade (Townsen) ; Comby cite l'exemple d'un nourrisson de 17 jours sérieusement atteint. Voici d'après ce dernier auteur la répartition, suivant les âges : sur 218 observations : de 0 à 2 ans, 48 enfants ; de 2 à 5 ans : 76 ; de 5 à 15 ans : 94. La proportion croît avec l'âge.

Mais si le nombre des petits malades est aussi considérable que celui des adultes, la maladie n'a pas chez les premiers le même caractère de gravité, elle n'engendre pas chez eux d'aussi fréquentes et graves complications que chez les autres. Sauf chez les tout petits, où la résistance vitale est très faible, le pronostic est bénin et l'on a publié des statistiques

qui donnent une mortalité nulle pour plusieurs centaines de cas.

Plus l'enfant avance en âge, plus la symptomatologie et la gravité de la maladie se rapprochent de celles de l'adulte.

Ce serait sortir du cadre de notre travail que de donner même un résumé des formes de la grippe de l'enfant.

Au cours de cet hiver, dans le service de M. le Dr Comby, nous avons pu observer un grand nombre de cas de grippes, surtout de grippes à forme pulmonaire. A plusieurs reprises nous avons constaté que de petits malades, chez lesquels, d'ailleurs, différents symptômes et la notion d'une contagiosité évidente établissaient le diagnostic de grippe, présentaient un engorgement ganglionnaire de l'angle de la mâchoire ou de la nuque ; ces quelques observations ont été le point de départ de notre travail.

Si nous insistons sur l'importance de ce diagnostic, c'est qu'il est à la base de cette étude, qui se propose d'attribuer à la grippe le rôle étiologique unique d'une affection qui a pu être décrite sous d'autres dénominations.

Mais nous sommes arrêté avant de l'établir, puisque les données de la bactériologie sont en désaccord avec celles de la clinique : nous faisons allusion à la communication de MM. Fernand Bezançon, agrégé, et Israël de Jong, interne des hôpitaux, publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

Si nous nous étendons sur cette publication un peu plus que ne semble le comporter l'étude d'une forme spéciale de la grippe, c'est qu'elle a présenté pour nous un intérêt extrême et, qu'ensuite, le sujet que nous abordons n'a pas sa raison d'être si, au nom de la clinique au moins, « on ne reconnaît pas à la *grippe-maladie* le droit de cité ».

Les auteurs font l'analyse des différentes espèces microbiennes qu'ils ont trouvées au cours d'épidémies successives. Ils constatent en 1905 l'extrême rareté des cas où l'on ne rencontre qu'une seule espèce microbienne. Voici leurs conclusions :

« 1° Le cocco-bacille de Pfeiffer n'est pas le « microbe spécifique de la grippe.

« 2° Selon les diverses épidémies, et même peut-« être selon les diverses époques, on trouve dans « les crachats des espèces prédominantes qui sem-« blent faire le génie épidémique du moment : le « cocco-bacille de Pfeiffer en 1892 et en 1898-1899, « le catarrhalis en 1902 (Ghon et Pfeiffer), en 1905 « le catarrhalis et le para-tétragène en zooglée ;

« 3° Par suite on est en droit de se demander « si la grippe, ou, tout au moins, la variété de grippe « qui revêt les allures de la petite épidémie qui sévit « en ce moment ne devrait pas être rangée simple-« ment parmi les affections catarrhales saisonnières, « et si ce que l'on appelle la grippe n'est pas seule-« ment un état morbide correspondant à une exalta-« tion momentanée, saisonnière, de certains micro-« bes commensaux de la cavité bucco-pharyngée,

« dont la virulence s'est exaltée par passages suc-
« cessifs et qui ont ainsi momentanément acquis une
« certaine tendance à faire des localisations et des
« terminaisons similaires ».

Ces conclusions, auxquelles souscrit M. Ménétrier, refusent à la grippe, suivant l'expression de ce dernier, la qualité « d'espèce distincte de la rhino-pharyngo-bronchite catarrhale aiguë ». MM. Bergé et Siredey ne se rangent pas à cette opinion. Ils reconnaissent que souvent on englobe à tort dans le cadre de la grippe les laryngo-trachéites les plus vulgaires, les simples coryzas. Mais au nom de la clinique pure, ils trouvent cet ostracisme injustifié.

Les différentes formes de la grippe : la forme nerveuse si nette dans sa symptomatologie, les exacerbations aiguës sous l'influence d'un travail cérébral, la courbature et la faiblesse musculaire extrême, l'asthénie considérable, uniquement comparable à celle que l'on constate dans les maladies infectieuses aiguës, la fièvre typhoïde par exemple ; tout cet ensemble clinique ne suffit-il pas à caractériser une maladie ?

Nous citerons encore l'opinion de M. Lermoyez :

« La grippe, dit-il, appose sa signature dans
« l'oreille par un épanchement de sang ; constater
« un tel caractère permet d'affirmer l'existence de la
« grippe aussi sûrement que la vue d'une plaque
« muqueuse donne la certitude d'une syphilis ».

Ajoutons enfin ce qui nous paraît être la meilleure preuve de l'entité morbide de la grippe : cette inva-

sion brusque dont on a pu suivre la progression dans l'Europe, cette marche de l'épidémie qui, s'abattant dans un pays, frappe au même endroit et presque en même temps plusieurs personnes. « J'ai vu, dit M. A. Siredey, dans la même famille sept personnes obligées de s'aliter au cours d'une seule journée, la plupart présentant des accidents graves. »

Sans préjuger de ce que pourront démontrer les études ultérieures de la maladie, nous lui accorderons ici au nom de la clinique le droit de cité que semble lui refuser la bactériologie.

CHAPITRE II

La fièvre ganglionnaire et la grippe à forme ganglionnaire.

Quelques auteurs ayant nié l'entité morbide de l'affection décrite sous le nom de fièvre ganglionnaire, il est intéressant de rapprocher de celle-ci la forme grippale que nous décrivons.

« La fièvre ganglionnaire, *Drüsenfieber de Pfeiffer,*
« est une maladie infectieuse, généralement bénigne
« caractérisée par l'association constante d'un mou-
« vement fébrile plus ou moins accusé mais éphé-
« mère et d'une adénite cervicale plus durable. »

La similitude symptomatologique de cette affection et des formes dont nous parlons est telle que certains auteurs, Czajkowski et Luigi Concetti, n'ont pas hésité à attribuer à la grippe un rôle étiologique constant.

Czajkowski a publié des observations qui semblent probantes ; Luigi Concetti a décrit une grippe ganglionnaire avec gonflement cervical.

Cette forme revêt le tableau symptomatologique de la fièvre ganglionnaire avec cette différence que

dans les cas rapportés par ce dernier auteur l'adénopathie est plus généralisée.

Dans un intéressant article publié par la revue *La Pathologie infantile* le 15 février 1902, le Dr Albert Delcourt reprend la question. Dans les observations qu'il cite, l'origine grippale de l'affection semble ne pas pouvoir être mise en doute. En effet, dans la plupart des cas, la contagion est manifeste. Il s'agit d'enfants dont les parents sont parfois atteints de la grippe de même que les frères ou les sœurs, la maladie évoluant chez les derniers d'une façon différente.

L'origine grippale nettement établie, il compare les symptômes des cas étudiés et de ceux qui sont décrits dans la fièvre ganglionnaire.

Il y a presque similitude : dans la grippe à forme ganglionnaire comme dans la fièvre ganglionnaire les deux sexes sont à peu près également frappés. La fièvre apparaît rapidement, elle est de 38°, 39° ; elle tombe au bout de deux jours environ, l'engorgement ganglionnaire persistant. L'enfant présente une attitude caractéristique : le cou est raide, en flexion légère, les mouvements de latéralité de la tête sont douloureux. Signalons en passant que dans toutes les observations publiées par le Dr Delcourt l'adénopathie coïncide avec la forme gastro-intestinale. Voici les conclusions de l'auteur : « Sans vou-« loir nier, d'une façon absolue, l'existence de la « fièvre ganglionnaire, je pense néanmoins que des « observations semblables à celles-ci sont de nature

« à renforcer les arguments mis en avant par ceux « qui n'admettent pas que la *drüsenfieber* soit une « entité morbide à symptômes bien définis. Et pour « conclure je dirai : il existe chez l'enfant une forme « de grippe s'accompagnant de symptômes gastro- « intestinaux et d'un gonflement des ganglions cer- « vicaux situés derrière le sterno-cléido-mastoïdien. « Ce gonflement ganglionnaire, la marche de la « maladie, les complications possibles sont absolu- « ment comparables à ce que l'on observe dans l'af- « fection décrite en France sous le nom de fièvre « ganglionnaire et en Allemagne sous celui de *drü-* « *senfieber*. »

Comby n'admet pas que l'influenza soit la cause unique de la fièvre ganglionnaire. Mais il prévoit la dissociation du groupe morbide décrit sous ce nom : « Sans doute, dit-il, la fièvre ganglionnaire n'est pas une entité morbide et l'on a pu dire qu'elle n'était qu'un rameau de cet arbre touffu qui représente les infections d'origine pharyngée » (*Gazette hebdomadaire*, 5 janvier 1896).

Il nous semble que sans affirmer d'une façon absolue le rôle étiologique unique et constant de la grippe dans l'affection connue sous le nom de fièvre ganglionnaire, il faut au moins distraire du cadre de cette dernière maladie un grand nombre de cas pour les rattacher à l'infection grippale.

CHAPITRE III

Pathogénie.

La grippe étant une maladie infectieuse, ce que montrent suffisamment la contagiosité sous forme épidémique et l'influence des conditions climatériques qui, nous le savons, exaltent la virulence de certains microbes, agents de certaines affections autrefois dites *a frigore*, il n'est pas étonnant qu'elle s'accompagne d'une réaction ganglionnaire au même titre que la rougeole, la scarlatine, etc. Mais il est intéressant de constater qu'ici, dans quelques-unes de ses formes, le système lymphatique fournit la principale manifestation.

Les ganglions atteints de préférence sont les ganglions cervicaux et rétro-pharyngiens.

Parmi les premiers, deux groupes surtout nous intéressent : le groupe angulo-maxillaire et le groupe sterno-mastoïdien.

Le groupe angulo-maxillaire comprend de douze à quinze ganglions longeant la face interne de la mâchoire inférieure, près de son bord inférieur, sur toute

l'étendue comprise entre l'angle de la mâchoire et la symphyse du menton, mais plus nombreux à l'angle de la mâchoire. Ils reçoivent les lymphatiques de la bouche, de l'amygdale et du bucco-pharynx; leurs autres branches afférentes ne nous intéressent pas.

Les ganglions sterno-mastoïdiens sont repartis, les uns autour du paquet vasculo-nerveux du cou, ils sont pré-sterno-mastoïdiens ; les autres situés sur le bord postérieur du muscle, superficiels, par conséquent de facile observation, occupent le creux sus-claviculaire et encadrent la veine jugulaire externe. Le système lymphatique, rayonnant de la périphérie vers le centre, en se condensant sous forme de troncs de plus en plus volumineux, ces derniers ganglions indépendamment de leur territoire cutané propre, représentent pour la région bucco-pharyngienne un poste de défense de seconde ligne, la première barrière à l'infection étant représentée par le ganglion sous-maxillaire.

Enfin la région du pharynx sous-jacente au voile du palais est tributaire de deux ganglions dits rétro-pharyngiens, situés contre la face postérieure du pharynx en avant du corps de la troisième vertèbre cervicale. Mais le système lymphatique a un réseau continu doublant les téguments et il est illusoire d'assigner à chaque groupe ganglionnaire un territoire bien limité ; c'est pourquoi nous dirons simplement qu'une lésion de la bouche, des fosses nasales et du pharynx retentit sur les ganglions que nous avons passés en revue, nous réservant de faire remar-

quer qu'il peut y avoir une infection limitée de cette région, traduite seulement au niveau des ganglions profonds et plus rapprochés de ce territoire, ou même une infection simple de la muqueuse ne dépassant pas la trame lymphoïde intra-muqueuse de ces régions.

C'est cette dernière éventualité qui s'observe d'ailleurs le plus fréquemment. Le bacille de Pfeiffer est relativement peu dangereux pour les épithéliums. Son rôle est de congestionner la muqueuse sur laquelle il se dépose, de déterminer des exulcérations minimes qui passent inaperçues ou n'ont guère de retentissement ganglionnaire lorsque la bouche ou les fosses nasales du malade sont vierges de tout autre microbe.

Il faut donc, pour que la forme ganglionnaire se réalise, deux conditions : la présence du bacille de Pfeiffer et celles d'autres microbes plus virulents.

Cette dernière condition est souvent évitée par le gargarisme préventif et la désinfection des voies respiratoires supérieures pratiquée dès le début de la maladie. On s'explique ainsi qu'une symbiose efficace n'ait pas eu le temps de se faire.

Il n'y a pas de maladies dans lesquelles les infections secondaires jouent un rôle plus important que dans la grippe. Les recherches bactériologiques faites depuis l'épidémie d'influenza de 1889-1890 ont montré avec quelle fréquence on trouvait dans l'organe grippé le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le pneumo-bacille de Friedlander, hôtes normaux de la bouche.

Le streptocoque surtout trouve dans le bacille de la grippe un puissant auxiliaire, souvent même il se substitue à lui, il commande l'injection. Il y a échange de bons procédés et le bacille de la grippe au contact de ces microbes pyogènes acquiert une virulence nouvelle ; c'est au moins ce qui découle d'expériences *in vitro* faites par M. Gassbeger et rejetées par M. Henri Meunier.

Il est regrettable que, dans les observations citées ici, l'examen bactériologique du pus n'ait pas été fait, mais il est permis de supposer qu'il eut donné les mêmes résultats que dans le cas de suppuration d'autres organes, tels que le poumon, où l'on a trouvé le bacille de Pfeiffer associé.

Le bacille de Pfeiffer infiltrant l'organisme par voie respiratoire ou par voie digestive peut donc s'arrêter en chemin et coloniser soit dans la bouche, soit dans les fosses nasales, à la faveur de causes favorisantes telles que : exagération du tissu lymphoïde, en particulier chez l'enfant, végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales, etc.

S'il est peu virulent ou si ces organes ne sont pas dans un état de moindre résistance, il continue sa route, descend et, selon sa porte d'entrée, la symptomatologie de la maladie a des dominantes différentes. Suivant le niveau des voies respiratoire ou digestive où se fait l'inoculation on pourra donc distinguer *a priori :* une forme ganglionnaire, une forme intestinale, une forme thoracique, etc.

Dans le premier cas, la pullulation se fait princi-

palement au niveau de la gorge ou dans les fosses nasales et l'attention se porte chez ces malades sur cet engorgement ganglionnaire. Ceci n'a pas lieu lorsque la maladie porte sur des organes importants tributaires de ganglions profonds ; mais il est rationnel de penser que dans ces formes aussi il y a réaction des ganglions trachéo-bronchiques ou mésentériques.

La forme ganglionnaire doit donc son individualité à cette circonstance que le microbe trouve l'apport de certaines conditions adjuvantes, à savoir : le jeune âge où la fragilité de la muqueuse nasale et pharyngienne est grande et où une localisation au niveau de la partie supérieure des voies respiratoire ou digestive est prédominante.

C'est ce que montre l'étude clinique des observations que nous citons. Au début de la maladie on note tantôt un coryza, tantôt une angine, soit pultacée, soit simplement érythémateuse. Les ganglions préposés à la défense de ces régions réagissent. A un premier degré il n'y a que de l'engorgement. Les ganglions angulo-maxillaires, rétro-sterno-mastoïdiens et rétro-pharyngiens sont gros, douloureux, occasionnent du trismus, de la raideur du cou ou de la dysphagie. A un stade plus avancé, si la virulence du microbe associé est suffisante le pus apparaît.

CHAPITRE IV

Marche. — Symptômes.

Les enfants sont frappés à tout âge; mais c'est plutôt chez les tout petits que nous voyons apparaître la fièvre ganglionnaire. Elle a chez eux une forme et une symptomatologie spéciale, l'engorgement ganglionnaire prenant la première place du tableau clinique et reléguant au second plan les phénomènes nerveux, gastriques ou pulmonaires. Tandis qu'au contraire, plus l'enfant avance en âge, comme nous l'avons dit, et plus sa maladie se rapproche de celle de l'adulte par sa marche et ses symptômes.

Toutes les observations que nous devons à M. le Dr Comby ont trait à de tout jeunes enfants de 12 mois à 2 ans; au contraire, dans celles que le Dr Delcourt a publiées et que nous reproduisons après lui, les petits malades ont 4, 5 ou 6 ans.

Nous allons voir combien l'apparition des symptômes de la maladie, sa marche, ses complications sont différentes dans les deux cas.

Un jeune enfant contracte la grippe dans son entourage : il s'agit le plus souvent d'une grippe bénigne à forme pulmonaire : coryza et éternuements d'abord, puis trachéo-bronchite, bronchite légère, souvent des vomissements ou un vomissement unique, en tout cas des nausées.

La maladie semble évoluer normalement et l'enfant paraît s'acheminer vers la guérison quand il est pris presque subitement d'une forte fièvre : 38° à 39° ; et le soir même ou bien le lendemain, on constate, à l'angle de la mâchoire le plus souvent, une tuméfaction de la grosseur d'une noisette entourée d'une atmosphère œdémateuse ; les deux côtés sont pris à la fois ou successivement. La fièvre continue encore un jour et puis tombe brusquement. L'aspect de l'enfant ne paraît pas trop inquiétant quand au bout de deux ou trois jours on remarque une dyspnée légère. Puis la respiration devient stertoreuse, l'enfant est obligé d'ouvrir la bouche et émet à chaque temps respiratoire un bruit spécial.

On examine sa gorge ; en abaissant la langue on aperçoit aisément une tuméfaction grosse comme une noix qui soulève la partie postérieure du pharynx : c'est un abcès rétro-pharyngien.

C'est peut-être pousser trop au noir le tableau clinique de la maladie chez les jeunes enfants. L'inflammation n'aboutit pas toujours à l'abcès rétro-pharyngien ; dans un grand nombre de cas cependant, si nous nous en rapportons à nos observations, l'adénite devient suppurée surtout quand il s'agit des

ganglions angulo-maxillaires. L'observation II est probante à ce sujet.

Il s'agit d'un jeune enfant de sept mois dont la mère et la sœur aînée ont eu la grippe. Il la contracte à son tour. Au 20 mai, apparaissent une forte fièvre et une légère grosseur à l'angle droit du maxillaire. Le 27 un gonflement paraît au point symétrique du côté gauche ; il se propage en haut de façon à imiter une parotidite. Respiration gênée, stridor nasal. Le 29 mai l'enfant refuse le sein : une forte fièvre apparaît. Le 31 mai on voit du muco-pus dans le palais et, à l'examen de la gorge, on aperçoit derrière l'amygdale gauche un gonflement gros comme une noisette ; c'est un abcès latéro-pharyngien que l'on ouvre. La fièvre qui est tombée, deux jours après se rallume et la tuméfaction angulo-maxillaire s'accuse ; l'adénite est suppurée : on ouvre, on draine. L'enfant n'est guéri qu'à la fin de juillet.

Ceci est un exemple remarquable d'adénites à répétition aboutissant à la suppuration.

De tous les cas que nous avons signalés c'est le plus grave, celui où la maladie traîne le plus en longueur.

Le plus souvent la tuméfaction angulo-maxillaire diminue de volume, la fièvre étant tombée, et quinze jours après, six semaines dans les cas extrêmes, tout est rentré dans l'ordre.

Voilà donc une catégorie de cas où il s'agit des jeunes enfants atteints de grippe bénigne et chez

lesquels le symptôme ganglionnaire prend la place la plus importante.

Dans une autre série d'observations la physionomie clinique est tout autre.

Il s'agit d'enfants de 3 à 10 ans. Le gonflement ganglionnaire apparaît s'accompagnant d'une forte fièvre, mais le plus souvent il ne semble pas que ce soit là le symptôme dominant de la maladie. Les troubles intestinaux dus à l'influenza préoccupent plutôt le médecin et la famille.

Dans aucune des observations concernant ces enfants, l'adénopathie n'a engendré de collection purulente.

Si la convalescence est souvent longue et pénible c'est, nous semble-t-il, qu'elle succède à une infection du tube digestif par la grippe. Car nous avons remarqué qu'en ce qui concerne le tout jeune enfant porteur d'adénopathies constituant le symptôme dominant de la maladie, le rétablissement est rapide ; et cela est vrai même pour les cas où il y a eu suppuration, dès que l'on a donné issue au pus.

La forme ganglionnaire nous paraît donc être plus spécialement l'apanage des tout jeunes enfants. A cet âge le tissu lymphoïde est très développé, l'infection des premières voies digestive et respiratoire très fréquentes, alors que dans la seconde enfance l'adénopathie n'a plus le même intérêt pathologique et la maladie tend à adopter les formes qui sont celles de l'adulte.

CHAPITRE V

Diagnostic et pronostic.

La comparaison que nous avons faite de la fièvre ganglionnaire et de la grippe à forme ganglionnaire nous dispensera de revenir sur les éléments de diagnostic qui les différencient.

La fièvre ganglionnaire, si on l'admet en temps qu'entité morbide, ne s'accompagne d'aucun trouble digestif, respiratoire ou nerveux.

La coexistence des symptômes de la grippe, quels qu'ils soient, et de l'adénopathie angulo-maxillaire, cervicale, pharyngienne, est un élément indispensable de diagnostic qui servira à distinguer sûrement la forme que nous décrivons des infections ganglionnaires d'une origine différente. En effet, l'angine catarrhale, encore que l'engorgement des ganglions qui peut en résulter soit bien moindre, et sans participation du tissu cellulaire voisin ; l'angine phlegmoneuse qui peut lui succéder, l'angine pultacée, peuvent être le point de départ d'adénopathies.

Dans la diphtérie les ganglions s'accompagnent

d'un empâtement diffus qui peut aller jusqu'au phlegmon. Mais à leur apparition le diagnostic de la diphtérie devra être posé, car étant donnés les symptômes insidieux de la maladie, le moindre soupçon impose l'examen bactériologique.

Le gonflement parotidien dans les oreillons peut atteindre quelquefois de grandes proportions, englober le tissu cellulaire sous-cutané, la glande parotide, la glande sous-maxillaire. Il faut noter ici un peu d'anorexie, d'embarras gastrique avant l'invasion, ce qui pourrait simuler une grippe légère. Mais la fièvre est nulle, du moins le plus souvent, et l'évolution de la maladie ne tardera pas à lever tous les doutes.

Les adénopathies cervicales de la scrofule et de la tuberculose seront facilement reconnues à leur caractère chronique, à leur évolution torpide et à l'aspect propre aux enfants scrofuleux : lèvres épaisses, yeux chassieux, coryza chronique, etc.

Le pronostic de la grippe à forme ganglionnaire est bénin : Nos observations ne relatent aucun cas de décès. La plupart du temps même, l'état général de l'enfant n'est pas mauvais, du moins lorsque l'adénopathie constitue le principal symptôme.

Cependant le pronostic est assombri par la transformation de l'engorgement en adénite suppurée. Nous avons analysé un cas où plusieurs groupes ganglionnaires pris les uns après les autres donnaient naissance à d'intarissables collections purulentes. Ce cas est le seul que nous ayons pu relater, et

même ici la guérison s'effectua au bout de trois mois environ.

La complication redoutable est l'abcès rétro-pharyngien ; la guérison spontanée est rare dans ce cas, l'ouverture de l'abcès peut avoir de funestes conséquences par suite de l'introduction d'air dans la trachée. On sait, en outre, que l'abcès, en dehors de ce fait qu'il constitue un obstacle mécanique à la respiration, a été le point de départ de phénomènes inhibitoires qui ont entraîné l'issue fatale.

Nous faisons allusion en signalant ces complications à l'adénite des jeunes enfants. Car plus ils avancent en âge et plus l'engorgement perd de son caractère de symptôme dominant pour n'avoir plus dans l'évolution de la grippe qu'un rôle accessoire.

Donc le pronostic, bénin le plus souvent, augmente de gravité en raison du jeune âge de l'enfant.

TRAITEMENT

Le traitement sera, avant tout, prophylactique.

La notion de l'importance du tissu lymphoïde dans les premières voies respiratoires et digestives de l'enfant et de la facilité avec laquelle se fait l'infection nous tiendra en éveil dès l'apparition des premiers symptômes de la grippe.

La bouche sera soigneusement lavée ; autant que ce sera possible, on fera des vaporisations avec de l'eau boriquée ou des eaux sulfureuses en employant un pulvérisateur à vapeur.

En présence de l'adénopathie il faut avouer l'inefficacité à peu près complète du traitement médical ; on pourra employer à titre palliatif les compresses chaudes et les pommades résolutives.

Dès que l'on soupçonnera la présence du pus, on lui donnera une large issue, en drainant s'il y a lieu.

La dyspnée accompagnée d'un sifflement respiratoire, d'un cornage qui rappelle l'œdème de la glotte ou le croup feront reconnaître l'abcès rétro-pharyngien.

« Dans ce cas le traitement est capital, il consiste « à ouvrir l'abcès aussitôt qu'il est reconnu. On

« prend un bistouri pointu dont la moitié postérieure « est entourée de diachylon et on l'enfonce hardiment « au point le plus bombé de la tumeur, jusqu'à la « colonne vertébrale. »

La tête de l'enfant sera inclinée en avant ; la pratique montre que l'introduction de pus dans le larynx est très rare.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à M. le Dr Comby).

Grippe suivie d'abcès rétro-pharyngien.

Mai 1903. Il s'agit d'un garçon de 15 mois, très gros, vigoureux, nourri au sein, ayant douze dents. Cet enfant est pris de grippe à la fin d'avril ; il présente un coryza intense avec éternuements, fièvre, toux, etc.

On le soigne d'abord par des instillations nasales, des pulvérisations. Il y a adénite cervicale.

Bientôt la respiration devient stertoreuse, l'enfant respire péniblement la bouche ouverte, fait entendre un bruit de canard. En abaissant la langue, on aperçoit aisément une tuméfaction grosse comme une noix qui soulève la paroi postérieure du pharynx. J'essaye avec un bistouri, dont la lame est entourée de diachylon, d'ouvrir l'abcès ; mais je suis mal éclairé, l'enfant se débat. Cependant après plusieurs tentatives infructueuses j'ouvre l'abcès. Un flot de pus s'écoule ; l'enfant est bientôt guéri.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à M. le Dr Comby).

Grippe avec abcès latéro-pharyngien et adénite suppuree angulo-maxillaire double.

Garçon âgé de 7 mois, nourri au sein par sa mère, très bel enfant (vacciné le 26 avril 1904 : quatre piqûres au bras qui ont bien pris ; le huitième jour, fièvre vaccinale). La mère a la grippe qu'elle a contractée en Italie, avant de venir à Paris.

Vers le 15 mai, la sœur aînée (quatre ans), est prise de fièvre grippale pendant quelques jours.

Le 20 mai, le nourrisson a la fièvre à son tour, avec mal de gorge et engorgement ganglionnaire; à l'angle droit du maxillaire, on sent comme une grosse noisette dure, entourée d'une atmosphère œdémateuse. Le 27 mai, gonflement au point symétrique du côté gauche ; double adénite cervicale consécutive à la grippe. Le gonflement du côté gauche se propage en haut de façon à imiter une parotidite.

Respiration gênée, stridor nasal.

On applique de la pommade gaïacolée au dixième sur le gonflement cervical; on fait des badigeonnages au collutoire iodé dans la gorge, des pulvérisations, etc.

Le 29 mai, l'enfant avale difficilement et refuse le sein; cependant l'examen du fond de la gorge ne révèle rien d'anormal. Il a de la fièvre (entre 38°, 38°5 et 39°). Le 30 mai rémis-

sion, mais le soir la fièvre est plus vive, la nuit est mauvaise suivie d'abattement.

Le 31 mai, gêne considérable de la respiration, trismus, bruit de canard. L'examen de la gorge montre du muco-pus sur le palais, et, profondément derrière l'amygdale gauche, un gonflement gros comme une noisette.

Je reconnais un abcès latéro-pharyngien, une adénite suppurée rétro-pharyngienne, et avec le doigt introduit dans la bouche, j'ouvre aisément l'abcès. Il s'écoule du sang mêlé de pus et l'enfant est soulagé. On nettoie avec des tampons trempés dans l'eau boriquée. La température qui était à 39° tombe à 36°6. Voilà donc une grippe qui s'accompagne d'adénite cervicale et d'abcès rétro-pharyngien.

L'abcès ne s'est pas reproduit et l'enfant allait bien, quand, deux jours après, la fièvre se rallume et du pus s'écoule par la narine droite. Le Dr Maurice Baclay voit l'enfant et ne trouve rien de grave; on fait des injections d'huile de vaseline boratée et d'eau oxygénée à 1/5. On pense à la présence de végétations adénoïdes.

Le 1er juin, la fièvre s'est accrue ; en même temps, le gonflement angulo-maxillaire est plus accusé à droite et à gauche. M. le professeur Hutinel voit l'enfant et conseille des compresses chaudes.

Le 12 juin, il est évident que l'adénite est suppurée et le Dr Veau fait une incision avec drainage des deux côtés.

Il s'écoule un pus très épais, enfermé dans une gangue conjonctive dense. Les jours suivants le pus s'écoule assez mal et il faut renouveler le drainage ; de temps à autre le pus est retenu et il y a de la fièvre.

Le 21 juillet, jour du départ de l'enfant, je fais encore sortir du pus après avoir agrandi l'orifice avec un stylet.

En débarquant à Buenos-Ayres, trois semaines après, nouveau foyer de suppuration. Enfin guérison.

OBSERVATION III (Inédite).

(De M. le Dr Comby).

Adénite angulo-maxillaire grippale.

Garçon de 22 mois, est pris de grippe en décembre 1904 ; fièvre allant jusqu'à 39° et 39°, 5 : coryza, éternuement, mal à la gorge, bronchite légère. On fait des instillations nasales, des badigeonnages de la gorge, etc.

Vers le dixième jour, adénite angulo-maxillaire à gauche : plusieurs ganglions durs, douloureux, unis ensemble. Pas de rougeur à la peau ni de suppuration. Le gonflement traité par les applications chaudes, les pommades résolutives a mis six semaines à se résoudre.

A la fin, quand tout allait pour le mieux, otite gauche, issue de pus par le tympan. Guérison en 8 ou 10 jours.

OBSERVATION IV (Inédite).

(De M. le Dr Comby).

Adénite angulo-maxillaire grippale.

Janvier 1905. — Un garçon de 8 ans, bien portant d'habitude, est pris de mal à la gorge et présente des points blancs sur les

amygdales ; en même temps coryza, fièvre et symptômes de grippe.

Après quelques jours, on voit un gonflement à l'angle du maxillaire à droite, à ce moment la fièvre est vive : 39°, 39°5, 40°. Puis elle cesse, mais la tuméfaction persiste ; au bout d'un mois elle n'était pas encore résolue.

Cependant pas de suppuration ; résolution lente, mais définitive.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à M. le Dr Comby).

Grippe suivie d'adénite angulo-maxillaire gauche.

Décembre 1904. — Enfant de 11 mois, nourri au sein, bien portant jusqu'à ce moment ; est pris de fièvre vive depuis huit jours, avec coryza, mal de gorge, bronchite. Bientôt apparaît un gonflement des ganglions angulo-maxillaires à gauche. Le gonflement est très marqué et on craint la suppuration.

L'examen de la gorge ne révèle rien ; la tumeur est formée de plusieurs ganglions, elle est dure, rénitente. Avec des applications chaudes, répétées, la résolution a été obtenue.

OBSERVATION V (Inédite).

(De M. le Dr Comby, janvier 1905).

Grippe suivie de pneumonie et d'adénite cervicale suppurée.

Vu à Beauvais un garçon de 28 mois pour une pneumonie grippale de côté gauche : souffle tubaire, hyperthermie, abat-

tement. Guérison par les bains et les enveloppements froids.

Mais, au bout de huit à dix jours, douleurs d'oreille, menace d'otite. Et enfin gonflement angulo-maxillaire gauche ; ganglions, gros, douloureux. La peau est tendue, elle rougit bientôt ; on est obligé de faire une incision qui donne issue à une certaine quantité de pus. Pansement quotidien. A la fin de mars l'enfant part pour Biarritz.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Juin 1900).

M. G..., deux mois et demi. Cette enfant, jusque-là bien portante, nourrie au sein, entre à l'hôpital pour un gonflement angulo-maxillaire droit qu'elle a depuis huit jours et qui grossit très rapidement.

On note plusieurs cas de grippe dans la famille.

L'état de la gorge est normal.

La résolution s'effectue en quinze jours environ.

OBSERVATION VII (Inédite).

Victor P..., 3 ans 1/2 ; présente une adénopathie cervicale. Cet enfant est entré à l'hôpital pour une bronchite grippale qui est guérie.

La résolution se fait en une semaine.

Les observations suivantes sont empruntées au travail du Dr Albert Delcourt paru dans le journal *La Pathologie infantile*, numéro du 15 février 1905.

OBSERVATION VIII

La famille D... se compose du père, de la mère et de quatre enfants bien constitués et ordinairement très bien portants.

Dans le commencement du mois de décembre la servante fait la grippe. Quelques jours après, l'un après l'autre, les quatre enfants doivent s'aliter et présentent les symptômes de la grippe abdominale : abattement, courbature, fièvre à 39 et 39°5, langue saburrale, constipation, puis diarrhée fétide.

Le début et l'invasion furent les mêmes dans tous les cas ; deux des enfants seulement présentèrent dès le deuxième jour un gonflement des ganglions cervicaux, avec raideur caractéristique du cou.

Ce gonflement ganglionnaire mit une quinzaine de jours à disparaître.

	Age	Gonflement Ganglionnaire	Urines Albumine	Convalescence
D.E.....	3 ans	Bilatéral	Traces	Pénible
D.J.....	5 ans	Néant	Néant	Assez rapide
D.A.....	6 ans 1/2	Néant	Traces	Pénible
D.G.....	8 ans	Bilatéral	Néant	Assez rapide

En résumé, quatre enfants d'une même famille font la grippe. Deux d'entre eux présentent le gonflement bilatéral des ganglions cervicaux, évoluant avec tous les caractères de l'affection décrite sous le nom de fièvre ganglionnaire.

OBSERVATION IX

Famille comprenant la grand'mère, le père, la mère et deux enfants, dont une fille de 14 ans et un garçon de 12 ans.

Dans le courant de décembre, le père fait une grippe assez sérieuse (forme catarrhale).

Puis la grand'mère est frappée, présente la forme catarrhale grave avec broncho-pneumonie et insuffisance cardiaque, dont elle finit cependant par triompher.

Les deux enfants sont atteints à leur tour. Mais, tandis que la fillette fait une grippe catarrhale à évolution normale, le garçon présente, dès le deuxième jour, un gonflement ganglionnaire cervical bilatéral très marqué avec raideur du cou.

La gorge n'offrait rien de particulier si ce n'est un peu de rougeur.

Cet enfant n'a pas d'albumine dans les urines ; sa convalescence fut assez longue. Une otite moyenne suppurée apparut au sixième jour. Ce malade est un adénoïdien.

OBSERVATION X

Famille comprenant le père, la mère et deux enfants.

Le père fait la grippe (forme catarrhale). Puis les deux enfants sont atteints.

Le plus jeune, âgé de douze mois, présente une bronchite capillaire grave dont il guérit.

L'aîné, âgé de 3 ans, présenta une grippe des plus bizarres, caractérisée par une somnolence sans prostration, qui dura plus de douze heures. J'avais vu cet enfant le matin. A ce moment il ne présentait qu'un peu d'abattement. Je fus rappelé d'urgence très tard dans la soirée, la mère étant très inquiète de voir son enfant plongé dans un sommeil profond. La température, prise vers 6 heures du soir, était de 38°. Quand je vis l'enfant, la température était normale et se maintint telle dans la suite. Cette grippe revêtit nettement la forme abdominale : constipation opiniâtre et vomissements.

Le second jour apparut un gonflement très marqué et bilatéral des ganglions du cou. La gorge présentait un peu de rougeur. Le gonflement ganglionnaire persista une quinzaine de jours.

La convalescence fut pénible. Actuellement encore, cet enfant reste pâle, amaigri. Son appétit est faible.

Les urines n'ont jamais contenu d'albumine.

OBSERVATION XI

G. E..., âgé de 5 ans.

Le père de cet enfant fait la grippe au commencement de janvier 1905.

A peu près en même temps, l'enfant est atteint de grippe à forme abdominale.

Au début, température de 40° et apparition d'un gonflement ganglionnaire cervical bilatéral avec raideur du cou très marquée. La gorge est un peu rouge.

Les urines, examinées au troisième jour, révèlent des traces d'albumine qui disparaissent à la fin de la première semaine. Convalescence difficile.

OBSERVATION XII

Fillette de 5 ans.

Le 1er novembre 1904, après une longue promenade à la campagne, l'enfant rentre fatigué, et dans la soirée, accuse une température de 39°5. Le lendemain, raideur du cou très marquée et gonflement des ganglions cervicaux, qui sont douloureux. Constipation très accentuée.

L'affection se prolongea pendant une vingtaine de jours avec de la fièvre.

Nous continuons la diète hydrique et le calomel à la dose de 9 centigrammes en trois fois.

Le 20, une petite selle glaireuse.

De grands lavements de solution physiologique sont prescrits.

Le 22, dans la soirée, élévation brusque de la température. Le cou est toujours raide, légèrement fléchi, et l'enfant pleure dès qu'on veut la remuer.

Le lendemain matin, la température tombe brusquement. La raideur du cou diminue peu à peu.

Le 3 janvier 1905, les ganglions cervicaux sont gonflés et douloureux du côté gauche.

La convalescence de cette petite fut très pénible.

Actuellement encore, elle n'est pas encore rétablie.

OBSERVATION XIII

Enfant de 6 ans.

Antécédents morbides. — Fin de novembre 1904, oreillons, coqueluche etvaricelle.

Convalescence normale. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 11 janvier 1905, apparaît un gonflement des ganglions du cou. L'enfant continue à être gai.

Le 16 janvier, l'enfant accuse une grande lassitude et perd l'appétit.

Le 18, l'urine est analysée. Elle se prend en masse sous l'influence de l'Esbach.

Le 19, température à 39°8. Vomissements. Délire léger.

Les Drs Denisty et Hannot prescrivent un purgatif (scamomée), des bains chauds et provoquent une sudation énergique.

Le 20, je vois l'enfant et je constate un gonflement considérable des ganglions cervicaux situés derrière le sterno-cléido-mastoïdien. Ces ganglions sont douloureux ; la raideur du cou est très marquée. La température est moins élevée. Le foie est augmenté de volume et la rate est nettement palpable.

En nous basant sur le gonflement ganglionnaire nous posons le diagnostic de grippe ; pronostic favorable, avec quelques réserves à cause de l'albuminurie considérable. Le traitement institué primitivement est continué.

Le 21, l'enfant est beaucoup mieux. La température est de 36o4. L'analyse microscopique de l'urine ne décèle que quelques rares cylindres hyalins et granulo-hyalins.

Le 22, l'albumine tombe à 1/2 pour mille.

La dernière analyse, faite le 3 février, n'accuse plus que des traces d'albumine.

La convalescence fut pénible.

Les urines ne sont pas albumineuses.

Il n'y avait pas de grippe dans l'entourage.

OBSERVATION XIV

Fillette de 3 ans.

Le samedi 17 décembre, après une longue promenade pendant laquelle l'enfant s'était montrée très gaie, elle est prise subitement de fièvre et refuse de manger. La température rectale est de 39°2.

Le lendemain (18), à 6 h. 1/2 du matin, les parents administrent de l'huile de ricin, ce qui amena deux selles.

Le 19, l'enfant présente de la raideur du cou et des soubresauts de tendons. On prescrit la diète hydrique et 6 centigrammes de calomel en trois paquets.

Je vois l'enfant le 19, dans la soirée. Le calomel n'a pas amené de selle. Le cou est raide, légèrement en flexion. Le moindre mouvement de latéralité arrache des cris à la petite malade. Je ne trouve pas de gonflement ganglionnaire. L'examen est difficile.

Mon confrère et moi sommes d'accord pour dire qu'il s'agit d'une grippe abdominale évoluant chez une enfant qui, déjà antérieurement, a présenté de la gastro-entérite et qui est atteinte de colite muco-membraneuse.

CONCLUSIONS

1° La grippe se localisant avec une grande intensité sur les muqueuses rhino-pharyngées expose à des adénopathies fréquentes : au cou, en arrière du pharynx, à l'angle de la mâchoire.

2° Cette adénite, accompagnée d'une forte fièvre peut constituer le symptôme dominant de la maladie ou bien évoluer en même temps que d'autres symptômes d'une importance moindre.

Ces adénites revêtent le tableau clinique de la « fièvre ganglionnaire » que certains auteurs rattachent exclusivement à l'infection grippale.

3° L'adénite peut se résoudre ; sa résolution s'effectue habituellement dans un délai de deux à six semaines. Assez souvent elle aboutit à la suppuration ; elle peut être l'origine d'un abcès rétro-pharyngien.

4° Le pronostic est bénin, le traitement prophylactique consiste en lavages de la bouche et pulvérisations.

On fera une incision dans les cas de suppuration.

Vu : Le Président de la Thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

— Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies de l'enfance.

Grancher, Marfan, Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Testut. — Traité d'anatomie.

Unger.— Traité de pédiatrie.

Czajkowski. — Killa uwag z powada t. zw, goraczki gruczolowej. Gaz. lek. Warszawa, 1894.

Luigi Concetti. — Supplemento al Policlinico Roma, 1897-1898.

La Pathologie infantile. — Numéro du 15 février 1905. La fièvre ganglionnaire et la grippe à forme ganglionnaire, par le Dr A. Delcourt.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Communication de MM. Fernand Bezançon, agrégé, et Israël de Jong, interne des hôpitaux, 1905.

Desplats. — Note sur un cas de fièvre ganglionnaire. Journal de la Société médicale de Lille, 1894. Journal de clinique et de thérapeutique infantile. Paris 1894.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.